



## **VEILLE LEGISLATIVE, POLITIQUE ET INSTITUTIONNELLE DU 1<sup>ER</sup> JUIN AU 31 JUILLET 2019**

---

## I – ACTUALITE LEGISLATIVE

### La loi de santé publiée au Journal officiel

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a été publiée le 26 juillet dernier au Journal officiel.

Plusieurs dispositions concernent la profession de sage-femme.

- **L'article 60, d'application immédiate**, permet aux sages-femmes de rédiger les lettres de liaison de sortie. Cette mesure fait suite à un amendement déposé par le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes, qui permet ainsi de garantir l'exercice des sages-femmes et assurer la continuité des soins pour l'ensemble des patientes.

D'autres mesures, **en attente de textes d'application**, concernent également la profession :

- **Article 31** : le terme **enfant** se substitue au **nouveau-né** dans la compétence « *Les sages-femmes peuvent prescrire et pratiquer les vaccinations de la femme et du nouveau-né de l'enfant.* ».  
La mise en œuvre de cet article est soumise à la publication d'un décret, qui définira les conditions dans lesquelles les sages-femmes pourront exercer cette compétence.
- **Article 5 : procédure de certification par voie d'ordonnance**  
Cette procédure permettra de garantir, à échéances régulières au cours de la vie professionnelle, le maintien des compétences et le niveau de connaissances des professionnels.  
Les ordonnances détermineront les professionnels concernés, les conditions de la mise en œuvre de du dispositif et de son contrôle, les conséquences en cas de méconnaissance ou d'échec de cette procédure, et les éventuelles voies de recours des praticiens.  
Les députés ont donné au gouvernement un délai d'un an pour prendre l'ordonnance relative aux médecins et deux ans pour celle visant les autres professions, dont les sages-femmes.
- **Article 71 : autorisation d'exercice dérogatoire délivrée en Guadeloupe, Guyane et Martinique par les DG ARS à « une sage-femme, ressortissant d'un pays autre que l'UE, l'EEE, le Maroc ou la Tunisie ou titulaire d'un diplôme de de maïeutique, quel que soit le pays dans lequel ce diplôme a été obtenu, à exercer dans une structure de santé située dans leurs ressorts territoriaux respectifs »** (dérogation à l'article L.4111-1 du CSP)  
Le Conseil national, qui n'était pas informé de cette mesure, se rapprochera des services du Ministère des Solidarités et de la Santé afin de connaître son impact sur les procédures en vigueur.

On peut par ailleurs mentionner **l'article 66** portant sur les coopérations interprofessionnelles. Pour rappel, un protocole de coopération permet à des professionnels de santé de travailler en équipe en opérant entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou en réorganisant leurs modes d'intervention. Cet article introduit une logique descendante pour la mise en place de certains protocoles. Rédigés et élaborés par un comité national, les protocoles nationaux pourront être mis en œuvre par les professionnels qui le souhaitent sur déclaration à l'ARS.

>>> Pour consulter le texte de loi : [https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000038821260](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000038821260)

>>> Et pour plus d'informations : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/actualites/les-dispositions-relatives-aux-sages-femmes-dans-la-loi-de-sante/>

### Une mission d'information sur l'accès à l'IVG à l'Assemblée nationale

**Marie-Pierre Rixain**, présidente de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale, a annoncé le 11 juin dernier la **création d'une mission d'information sur l'accès à l'IVG**.

La députée a précisé que cette mission était constituée en amont du dépôt, à l'automne 2019, d'une **proposition de loi relative à l'IVG**, qui intégrera *a minima* un allongement de 12 à 14 semaines du délai d'accès à l'IVG.

L'Ordre a donc prévu de solliciter Marlène Schiappa et la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale afin d'être auditionné sur les questions relatives à l'IVG et aux droits des femmes.

### Une mission d'information sur les menstruations lancée à l'Assemblée nationale

La délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes de l'Assemblée nationale a désigné les députées **Laëtitia Romeiro Dias** (LREM, Essonne) et **Bénédicte Taurine** (LFI, Ariège) sur une **mission d'information portant sur les menstruations**.

Si le détail de cette mission reste encore à déterminer, les deux députés devraient se pencher sur les questions de l'endométriose, l'industrie des protections périodiques ou encore celle de la précarité d'accès pour certaines femmes à ces produits d'hygiène féminine. Un rapport devrait être rendu d'ici le mois d'octobre prochain.

Pour rappel, **Agnès Buzyn**, Ministre des Solidarités et de la Santé, s'était engagée en décembre 2018 devant le Sénat à améliorer la "*disponibilité, la gratuité, des protections hygiéniques*" pour les femmes en situation de précarité.

Le Conseil national, ainsi que de nombreuses institutions de santé, seront auditionnés par la mission d'information.

## Une sénatrice missionnée sur l'expérimentation d'une gratuité des protections hygiéniques

Au cours d'une réunion, le 28 mai, de plusieurs ministres, parlementaires, associations et industriels sur la mise en place une stratégie de lutte contre la "précarité menstruelle", **Marlène Schiappa**, secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, a annoncé avoir confié une **mission "sur l'expérimentation de la gratuité des protections hygiéniques"** à la sénatrice du Haut-Rhin **Patricia Schillinger** (LREM).

Cette dernière doit étudier "*les objectifs et modalités*" de la mise en place d'un tel dispositif dans plusieurs "*lieux collectifs*".

Patricia Schillinger avait présenté, en décembre dernier, un amendement au projet de loi de finances 2019 pour la **distribution gratuite de protections hygiéniques pour les femmes en situation précaire en milieu scolaire, dans les hôpitaux ou les prisons.**

La précarité menstruelle correspond à la difficulté économique de certaines femmes, étudiantes ou même adolescentes, pour accéder aux protections hygiéniques. Très peu d'études existent aujourd'hui sur le sujet, aucune en France. Pourtant, à titre d'exemple, **au Royaume-Uni, une femme sur 10 serait dans l'incapacité de se fournir de telles protections**, selon une étude de l'ONG Plan international datant de 2017.

Toujours selon une étude anglo-saxonne datant de 2015, **ce coût s'élèverait, sur une vie, à 18 450 livres sterling**, ce qui correspond aujourd'hui à **environ 21 000 euros.**

La question du coût des règles pour les femmes françaises avait déjà défrayé la chronique en 2015, au moment des discussions sur le taux de TVA qui était appliqué aux protections hygiéniques. Grâce à la mobilisation de collectifs féministes, il avait été **ramené de 20 % à 5,5 %.**

## II – POLITIQUES DE SANTE PUBLIQUE

### Pénurie et disponibilité des médicaments : Agnès Buzyn présente sa feuille de route 2019-2022

**Agnès Buzyn**, ministre des Solidarités et de la Santé, a présenté sa feuille de route 2019-2022 pour **lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France**.

Elle s'est rendue dans les locaux de l'**Ordre national des pharmaciens**, en présence de **Carine Wolf**, présidente de l'**Ordre**, et de **Gérard Raymond**, nouveau président de France Assos Santé.

La feuille de route présentée fera l'objet d'enrichissements de la part des acteurs concernés d'ici septembre prochain.

Face aux difficultés croissantes d'approvisionnement en médicaments qui touchent près d'1 Français sur 4 selon un récent sondage (sondage BVA 2019), la ministre a présenté en avant-première une feuille de route « **Pour mieux prévenir, gérer et informer les patients et les professionnels de santé** » pour répondre aux attentes des patients.

Cette feuille de route est construite autour de **28 actions regroupées en 4 axes** :

- Promouvoir la transparence et la qualité de l'information afin de rétablir la confiance et la fluidité entre tous les acteurs : du professionnel de santé au patient ;
- Lutter contre les pénuries de médicaments par des nouvelles actions de prévention et de gestion sur l'ensemble du circuit du médicament ;
- Renforcer la coordination nationale et la coopération européenne pour mieux prévenir les pénuries de médicaments ;
- Mettre en place une nouvelle gouvernance nationale en instaurant un comité de pilotage chargé de la stratégie de prévention et de lutte contre les pénuries de médicaments.

Agnès Buzyn installera en septembre prochain un **comité de pilotage de lutte contre les pénuries** mobilisant l'ensemble des acteurs concernés. Les actions y seront présentées et discutées afin de définir une feuille de route partagée par tous. Elle fera l'objet d'une évaluation régulière et d'un bilan annuel publié.

>>> Pour consulter l'édito d'Agnès Buzyn : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/lutter-contre-les-penuries-et-ameliorer-la-disponibilite-des-medicaments-en>

>>> Et la feuille de route 2019-2022 : [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/31142\\_dicom\\_pe\\_nurie\\_de\\_me\\_dicamentsv8.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/31142_dicom_pe_nurie_de_me_dicamentsv8.pdf)

## Médicaments homéopathiques : la HAS rend un avis défavorable à leur prise en charge par l'Assurance maladie

Au terme de la première évaluation scientifique française des **médicaments homéopathiques** par la Haute Autorité de Santé (HAS), **la commission de la transparence a rendu, le 28 juin dernier, un avis défavorable à leur prise en charge par l'assurance maladie.**

### Première évaluation scientifique en vue du remboursement en France

La commission de la transparence de la HAS a mené la première évaluation scientifique française sur les médicaments homéopathiques. Elle a concerné près de **1200 médicaments homéopathiques** (1200 souches qui peuvent avoir chacune des taux de dilution différents et être combinées entre elles), soit une évaluation beaucoup plus vaste que celles habituellement menées par la commission. Celle-ci a analysé plus de 1000 publications scientifiques, les contributions des parties prenantes ainsi que les documents et dossiers déposés par les trois laboratoires concernés (Boiron, Weleda et Rocal-Lehning).

Au terme de cette évaluation scientifique qui a nécessité 9 mois de travail, la commission de la transparence a rendu un avis défavorable au maintien du remboursement des médicaments homéopathiques. Cet avis a été **adopté à la majorité** lors de la séance plénière du 26 juin, à l'issue de la phase contradictoire. Celle-ci a permis aux trois laboratoires de faire valoir (par écrit et en audition le 12 juin) leurs arguments relatifs au projet d'avis adopté par la commission le 15 mai.

L'avis de la commission a été transmis aux laboratoires **ainsi qu'à la ministre des Solidarités et de la Santé à qui il appartient de prendre la décision finale sur le maintien ou non du remboursement des médicaments homéopathiques** par l'assurance maladie.

### Une efficacité insuffisamment démontrée pour justifier d'un remboursement

La commission de la transparence a identifié des données scientifiques pour 24 affections et symptômes traités avec des médicaments homéopathiques tels que troubles de l'anxiété, verrues plantaires, soins de support en oncologie, infections respiratoires aiguës chez l'enfant, etc.

Pour l'ensemble de ces affections et symptômes, la commission de la transparence a considéré que **ces médicaments n'ont pas démontré scientifiquement une efficacité suffisante pour justifier d'un remboursement.**

Plusieurs raisons motivent cette conclusion :

- Absence de preuve de l'efficacité (données cliniques ne permettant pas de conclure à une efficacité suffisante ou absence de données disponibles),
- Pas de nécessité de recourir systématiquement à des médicaments (classiques ou homéopathiques) pour traiter des pathologies sans gravité ou qui guérissent spontanément,
- Absence d'étude robuste permettant d'évaluer l'impact des médicaments homéopathiques sur la qualité de vie des patients,
- Absence d'impact attribuable aux médicaments homéopathiques sur la consommation d'autres médicaments, la diminution du mésusage, le nombre d'hospitalisations, les retards à la prise en charge ou sur l'organisation des soins.

### **Toujours proposer une prise en charge adaptée aux besoins des patients**

A l'occasion de cette évaluation, la HAS souligne que le recours à l'homéopathie ne doit pas retarder la prescription des soins nécessaires à la prise en charge des patients, en particulier pour les maladies graves et évolutives.

Elle tient à sensibiliser à nouveau prescripteurs et patients sur le fait qu'une prescription médicamenteuse n'est pas toujours nécessaire.

L'objectif est de sortir de la culture du « tout médicament » et de savoir recourir aux approches préventives ou thérapeutiques non médicamenteuses, comme l'activité physique, qui ont une efficacité prouvée sur la santé.

>>> Pour consulter le dossier de presse de la HAS sur le sujet :

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-06/presse\\_dp\\_evaluation\\_medicaments\\_homeopathiques\\_2019-06-27\\_18-28-22\\_631.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2019-06/presse_dp_evaluation_medicaments_homeopathiques_2019-06-27_18-28-22_631.pdf)

### **Agnès Buzyn confirme le déremboursement de l'homéopathie au 1<sup>er</sup> janvier 2021**

Le ministère des solidarités et de la santé a confirmé dans un communiqué le **déremboursement des médicaments d'homéopathie** actuellement pris en charge par l'assurance maladie **à compter du 1er janvier 2021**.

Dans le communiqué, le ministère indique que, "conformément à ses engagements", **Agnès Buzyn** a décidé de **suivre l'avis de la Haute autorité de santé (HAS) qui recommandait le déremboursement des médicaments d'homéopathie**.

Une étape intermédiaire avant le déremboursement total aura lieu **le 1er janvier 2020 avec un passage à un taux de remboursement de 15% (contre 30% actuellement)**. Cette étape est destinée à "*permettre aux patients, aux industriels et aux prescripteurs de s'adapter*", explique le ministère.

Agnès Buzyn signale que sa décision ne revient pas à interdire l'homéopathie ni son enseignement, mais ajoute qu'"*il faudrait peut-être travailler à l'idée qu'il n'est pas toujours nécessaire de prendre un médicament*".

"*Profitons du débat sur l'homéopathie pour mener une réflexion plus globale sur le médicament. L'objectif est d'arriver à en consommer moins. Il est possible de sortir d'une consultation médicale sans prescription*", appuie-t-elle.

>>> Pour consulter le communiqué de presse du Ministère :

[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190709-cp\\_deremboursement\\_des\\_medicaments\\_homeopathiques.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/190709-cp_deremboursement_des_medicaments_homeopathiques.pdf)

## 20 propositions pour refonder la PMI : remise du rapport de la députée Michèle Peyron

**Michèle Peyron**, députée de la Seine-et-Marne, a remis le 14 juin dernier son rapport sur la politique de PMI à **Agnès Buzyn**, Ministre des Solidarités et de la Santé, **Adrien Taquet**, Secrétaire d'Etat auprès d'Agnès Buzyn chargé de la protection de l'enfance, et **Jean-Michel Blanquer**, Ministre de l'Education nationale et de la jeunesse.

Le Premier Ministre **Edouard Philippe** avait confié en juillet 2018 à Michèle Peyron une mission de diagnostic et de préconisation concernant l'organisation de la PMI. Le Conseil national de l'Ordre avait été auditionné par la députée le 13 novembre 2018.

### Manque d'attractivité et de moyens, alourdissement des missions dévolues à la PMI

Après une année d'auditions et de déplacements en région, le rapport dresse plusieurs constats alarmants.

Tout d'abord, la PMI regroupe aujourd'hui des missions multiples qui ne sont pas toujours correctement articulées entre elles ; il en résulte une baisse très marquée des visites à domicile alors que ces dernières permettent de prévenir l'aggravation de certaines difficultés dans les familles vulnérables.

En plus des consultations médicales préventives et des visites à domicile pendant la grossesse, qui constituent leur cœur de métier, les médecins, **sages-femmes** et infirmières puéricultrices qui officient en PMI ont désormais la charge des bilans de santé en école maternelle, des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger, ainsi que des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance.

Ensuite, la PMI souffre aujourd'hui, dans certains endroits, d'une nette tendance au repli et d'un **manque de coopération avec les autres professionnels de santé** du territoire.

Par ailleurs, elle souffre d'un manque d'attractivité, et le secteur éprouve des difficultés à pourvoir les postes, alors que les deux tiers des médecins de PMI atteindront l'âge de la retraite d'ici 2020.

### 20 propositions pour lutter contre les inégalités territoriales de santé

Face à ces difficultés, d'inégale ampleur selon les départements, le rapport, intitulé « **Pour sauver la PMI, agissons maintenant** », formule **vingt propositions**.

Il propose de **mettre en place un partenariat pour soutenir la PMI**, sous la forme d'une contractualisation avec les départements volontaires. Cette contractualisation démarrera à partir de janvier 2020 après un état des lieux des besoins de chaque territoire. Elle portera sur des objectifs de santé publique qui viendront remplacer les normes actuelles de la PMI, devenues obsolètes.

La création d'un **fonds national PMI délégué aux Agences régionales de santé (ARS)** est ainsi envisagée ; cela permettra aux ARS de développer une contractualisation financière avec les départements sur des objectifs de santé publique.

Il est également **proposé d'investir dans les visites à domicile effectuées dans le prénatal et le postnatal par les professionnels de santé (sages-femmes, médecins, etc.)**. Par ailleurs, le rapport préconise de **transformer les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) en centres de santé sexuelle**.

## Le tabagisme au cours de la grossesse également associé à des troubles digestifs du nourrisson

Selon une étude française présentée le 18 juin dernier lors du 11<sup>ème</sup> colloque Données de santé en vie réelle à Paris, **le tabagisme au cours de la grossesse est associé à un sur-risque de petit poids de naissance mais également de troubles digestifs du nourrisson.**

**La prévalence du tabagisme de la femme enceinte en France est la plus élevée d'Europe**, rappellent Jean-Pierre Olives du CHU de Toulouse et ses collègues dans le résumé de leur présentation. Il est estimé **qu'entre 12,9% et 20% des femmes continuent de fumer pendant leur grossesse.**

L'étude qu'ils ont conduite visait à comparer le poids de naissance, le mode d'alimentation, la présence de coliques selon les critères de ROME III et de régurgitations fréquentes chez des nourrissons exposés ou non au tabac in utero.

L'enquête a été menée en France par des pédiatres et des médecins généralistes en 2016 et 2017. Les données ont été recueillies par 452 médecins qui ont inclus 759 nourrissons exposés au tabagisme maternel in utero et 741 non exposés.

L'étude confirme le **lien significatif entre exposition au tabagisme maternel in utero et petit poids de naissance (3,1 kg versus 3,3 kg chez les non-exposés).**

A la sortie de la maternité, 70% des nourrissons non exposés étaient allaités par leur mère, contre 48% pour ceux exposés au tabagisme maternel in utero. La durée médiane d'allaitement était **significativement réduite chez les nourrissons exposés** : 1 mois versus 2 mois.

De plus, significativement plus de nourrissons exposés souffraient de coliques (26% versus 12%, selon les critères de ROME III et 46% contre 30%, selon l'appréciation des médecins). De même, les régurgitations fréquentes et abondantes affectaient davantage les nourrissons dont la mère avait fumé pendant sa grossesse (18% contre 12%).

Les auteurs estiment que face à ces données confirmatoires, **les actions de prévention et d'éducation doivent être renforcées.**

### III – DROITS ET SANTE DES FEMMES

#### Huit accouchements sur dix se font dans les maternités de type 2 ou 3 (Drees)

Selon l'édition 2019 du panorama des établissements de santé publié par la DREES, **les maternités de type 2 ou 3 prennent en charge 79% des accouchements**, en France, en 2017.

Un total de **502 maternités** sont recensées **au 31 décembre 2017** en France métropolitaine et outre-mer, en incluant le service de santé des armées (SSA). **Hors SSA**, le nombre de maternités a poursuivi sa baisse au cours des 11 dernières années, **passant de 814 en 1996 à 482 en 2017**.

Celles-ci se répartissent en :

- 202 maternités de type 1,
- 233 de type 2,
- 67 de type 3

Avec 15.900 lits d'obstétrique au total, pour **756.000 accouchements réalisés cette année-là**.

- Une maternité de **type 1** réalise en moyenne **770** accouchements par an ;
- Une maternité de **type 2** en effectue **1.640** ;
- Une maternité de **type 3** en pratique **3.200**.

En 2017, **37% des maternités accueillent au moins 1.500 accouchements par an**, contre 13% en 1996, et 4% en accueillent moins de 300 par an, contre 12% 11 ans auparavant.

*"La restructuration des maternités conduit (...) à des maternités plus spécialisées et plus grandes"*, commentent les auteurs.

**Les maternités de type 2 et 3, qui représentent donc 60% des 502 maternités, concentrent 75% des lits et 79% des accouchements. En 1996, ces maternités réalisaient 43% des accouchements.**

Ces maternités spécialisées sont en outre presque exclusivement publiques ou privées à but non lucratif (78% des maternités de type 2 et 100% des maternités de type 3).

Concernant les maternités de type 1, 6 sur 10 sont publiques ou privées à but non lucratif en 2017.

Le panorama se concentre également sur les **caractéristiques des accouchements**.

En 2017, **92% des naissances multiples, 90% des naissances d'enfants de moins de 2.500 g et 91% des naissances prématurées ont lieu dans une maternité de niveau 2 ou 3.** Par ailleurs, 1.100 femmes ont été transférées dans une maternité de type 2 et 2.000 vers une maternité de type 3.

Les **taux de césarienne**, qui se sont stabilisés au cours des 10 dernières années, à **20,1% au niveau national**, sont légèrement plus élevés dans les maternités de type 3 (20,7%), qui prennent en charge davantage d'accouchements difficiles. *"Cela peut indiquer qu'à niveau de risque équivalent, les établissements de type 3 pratiquent moins souvent de césariennes"*, commentent les auteurs.

Parmi ces césariennes, **67% ont lieu en urgence et 33% sont programmées.** Les césariennes programmées représentent 6,6% de l'ensemble des accouchements en 2017. Pour les seuls accouchements à terme, le taux de césarienne programmée est de 6,7%. Il grimpe à 9,1% dans les établissements privés à but lucratif. Les **séjours en maternité durent en 2017 moins de 5 jours en moyenne**, soit 1 jour de moins qu'en 2003. La durée est de 6,3 jours pour un accouchement par césarienne et 4,2 jours pour un accouchement par voie basse. Dans le secteur public, la durée de séjour après césarienne est plus longue d'un jour par rapport au secteur privé (6,6 jours contre 5,6 jours).

#### **80 % des IVG réalisées à l'hôpital public**

Par ailleurs, en 2017, **216 700 interruptions volontaires de grossesse (IVG)** ont été réalisées en France : **168 000** ont été pratiquées **dans un établissement de santé**, dont 85% à l'hôpital public, précise la DREES.

**4.500** IVG ont été faites en **centres de santé** ou de planification ou d'éducation familiale et **43.600 en ville** (IVG médicamenteuses). *"Le taux d'IVG pour 1.000 femmes âgées de 15 à 49 ans calculé pour la France entière est de 14,9"* mais va du simple au double selon le département, et au triple en outre-mer (8,9 dans les Deux-Sèvres, 23,6 en Ariège, 21 à La Réunion, 26 à Mayotte, 33 en Guyane, 34 en Guadeloupe).

>>> Pour consulter l'étude de la DREES :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

## Excision : un plan national d'éradication pour améliorer la santé des victimes et sensibiliser les professionnels

La secrétaire d'Etat chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations, **Marlène Schiappa**, a lancé le 21 juin dernier un **plan national d'éradication des mutilations sexuelles féminines, visant notamment à améliorer la santé des victimes et à mieux sensibiliser et former les professionnels pour mieux prévenir.**

Près de 60.000 femmes mutilées de la sorte vivent en France, selon des données remontant à 2009. Et en 2016, parmi les 205.683 filles originaires de pays où les mutilations sexuelles sont pratiquées, entre 12% et 21% sont estimées à risque de subir de telles mutilations.

Le plan présenté par Marlène Schiappa se décline **en 6 axes**, le premier concernant **l'amélioration de la santé des femmes victimes de mutilations sexuelles.**

L'éradication des mutilations sexuelles féminines représente un enjeu de santé publique, du fait des nombreuses conséquences sanitaires, d'ordre physique et psychologique, chez les femmes mutilées : douleurs chroniques, risque d'infections vulvaires, urinaires, gynécologiques, complications obstétricales, risque accru de mort néonatale, traumatisme de la mutilation, répercussions psychotraumatiques (angoisse, anxiété, dépression) et conséquences sur la vie sexuelle.

Le plan prévoit donc de :

- Soutenir les expériences de chirurgie réparatrice de la Maison des femmes de Saint-Denis et recueillir des informations pour s'en inspirer, modéliser et expérimenter d'autres offres de soins prenant en considération toutes les formes de violences faites aux femmes dont les mutilations sexuelles féminines
- Améliorer la transmission des informations relatives à la mutilation sexuelle de la patiente entre professionnels de santé
- Organiser le signalement systématique des filles, adolescentes et femmes mutilées qui accouchent dans les maternités françaises, afin de mieux quantifier et localiser le phénomène et de les inscrire dans un parcours de prise en charge.

Le 2<sup>ème</sup> axe porte sur une **meilleure sensibilisation et formation des professionnels pour mieux prévenir les mutilations sexuelles féminines.**

Sont à même de repérer les situations à risque de mutilation sexuelle féminine les professionnels de santé (médecins généralistes, médecins et infirmières de PMI, **sages-femmes**, gynécologues-obstétriciens...), les travailleurs sociaux et médico-sociaux, les professionnels de l'éducation nationale (dont les infirmières et médecins scolaires), ainsi que ceux de crèche et de halte-garderie.

Un **guide pratique** a été élaboré afin d'aider ces professionnels à repérer les situations à risque et savoir comment réagir.

Les autres axes du plan prévoient de donner aux territoires des moyens pour garantir la bonne mise en œuvre du parcours de protection des victimes ou susceptibles de l'être, de développer les outils de prévention adéquats, d'enrichir l'état des connaissances et établir un état des lieux à jour, et de "faire de la France un pays exemplaire".

## 9 Françaises sur 10 prennent des médicaments pendant la grossesse

Plus de neuf femmes sur 10 en France prennent des médicaments avant la grossesse, un peu moins pendant mais davantage après, montre notamment une étude.

A la connaissance des chercheurs, il s'agit de la première cohorte représentative de femmes enceintes françaises, qui va permettre d'évaluer notamment les bénéfices et les risques associés aux médicaments auxquels elles sont exposées.

Ces données sont issues de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie, soit **toutes les grossesses des femmes enregistrées entre 2010 et 2013**, indiquent Anick Bérard et ses collègues des Hospices civils de Lyon (HCL) et de l'université de Lyon dans Plos One.

L'analyse a porté sur **36.065 grossesses** avec des données de suivi disponibles sur un an avant le début de la grossesse et un an après l'accouchement. Parmi ces grossesses, 75,6% ont abouti à un accouchement (taux de mortinatalité de 0,7%), 5,8% ont été interrompues par une fausse couche et 18,6% interrompues volontairement.

La prise de médicaments était très fréquente, **concernant 95,6% des femmes avant la grossesse** (taux de médicaments de prescription délivrés).

**Pendant la grossesse**, la prévalence globale de la prise de médicaments reste très élevée, de **91,1%**, ce qui place la France parmi les expositions médicamenteuses les plus fortes dans le monde, observent les auteurs.

La consommation de médicaments au cours du premier trimestre diminue de manière significative, concernant 76,4% des grossesses, ce qui reste toutefois élevé. Le taux augmente ensuite, passant à 81,1% au second trimestre et à 88,6% au troisième trimestre.

Le nombre médian de médicaments remboursés par l'assurance maladie est de 10,8 au cours de l'année précédant la grossesse, de 3,5 au cours du premier trimestre de grossesse, de 3,4 au cours du second et de 4,1 au cours du troisième.

**Au cours de l'année suivant l'accouchement**, le taux de prise médicamenteuse augmente jusqu'à dépasser celui observé avant accouchement, à **95,6%**, avec 11,4 médicaments en médiane.

Concernant les classes thérapeutiques que les femmes consomment, **les antalgiques** se placent en tête, avant (74,2%), pendant (70%) et après (80,2%) la grossesse. **Lors de la grossesse, les anti-émétiques** détrônent les antalgiques lors des second et troisième trimestres (respectivement 46,5% et 63,4% vs 44,6% et 47,9%).

Sur l'ensemble de la grossesse, les principales classes thérapeutiques consommées sont les antalgiques donc en tête (70%), suivis par les anti-émétiques (65,7%), les médicaments pour les troubles gastro-intestinaux fonctionnels (57,2%), des vitamines et des antibiotiques par voie systémique (40,6%), des anti-acides (36,9%), des traitements anti-infectieux et antiseptiques gynécologiques (29,1%), des préparations nasales (26,6%), des antifongiques à visée dermatologique (22,4%), des agents hormonaux (21,9%), des antitussifs et des médicaments contre le rhume (21,6%). Les autres classes sont prises par moins de 20% des femmes.

## IV – ELECTIONS / NOMINATIONS

### Composition des postes clés de l'Union européenne

A la suite des résultats des **élections européennes de mai 2019**, plusieurs changements sont intervenus à certains postes clés de l'Union Européenne (UE).

Parmi les changements à retenir :

- **Ursula VON DER LEYEN**, femme politique allemande, membre de l'Union chrétienne-démocrate (CDU), est élue **Présidente de la Commission Européenne**
- **Charles MICHEL**, Premier ministre belge depuis 2014, est élu **Président du Conseil européen**
- **Josep BORREL FONTENELLES**, ancien Président du Parlement européen de 2004 à 2007, est nommé **Haut représentant de l'Union pour les affaires étrangères et la politique de sécurité**
- **David-Maria SASSOLI**, député européen italien, est élu **Président du Parlement européen**
- **Christine LAGARDE**, ancienne Ministre de l'Economie et de Finances et actuelle directrice générale du Fonds monétaire internationale (FMI) depuis 2011, est élue **Présidente de la Banque centrale européenne**

### Parlement européen : répartition des groupes politiques et composition des commissions parlementaires

A l'occasion de la séance plénière qui s'est tenue du 2 au 4 juillet dernier, les 751 nouveaux membres élus du Parlement européen ont procédé à la répartition des postes-clés et des eurodéputés au sein des différentes commissions parlementaires.

De manière générale, la **répartition des groupes politiques** dans l'hémicycle s'effectue de la manière suivante :

- Parti populaire européen (PPE) : 182 sièges
- Alliance progressiste des socialistes et démocrates (S&D) : 153 sièges
- Alliance des libéraux (Renew Europe, ex-ADLE) : 108 sièges
- Verts/Alliance libre européenne (ALE) : 75 sièges
- Identité & Démocratie (ID) : 73 sièges
- Conservateurs et Réformistes européens (CRE) : 63 sièges
- Europe de la liberté et de la démocratie directe (EFDD) : 43 sièges
- Gauche unitaire européenne / Gauche verte nordique (GUE) : 41 sièges

### **Commission Environnement, Santé publique et Sécurité alimentaire (ENVI)**

**Président** : Pascal CANFIN (Renew Europe, France)

#### **Principaux membres représentant la France :**

- Véronique TRILLET-LENOIR (Renew Europe)
- Nathalie COLIN-OESTERLE (PPE)
- Agnès EVREN (PPE)
- Yannick JADOT (Verts/ALE)

### **Commission Marché intérieur et Protection des consommateurs (IMCO)**

**Président** : Petra de SUTTER (Verts/ALE, Belgique)

#### **Principaux membres représentant la France :**

- Pierre KARLESKIND (Renew Europe)
- David CORMAND (Verts/ALE)
- Anne-Sophie PELLETIER (GUE)

### **Commission Droits de la Femme et Egalité des Genres (FEMM)**

**Présidente** : Evelyn REGNER (S&D, Autriche)

#### **Principaux membres représentant la France :**

- Irène TOLLERET (Renew Europe)

## Nominations en France

- **Brigitte GRESY** est nommée **Présidente du Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes**
- **Martial METTENDORFF** est nommé **directeur général par intérim de Santé publique France**, en remplacement de François Bourdillon
- **Annie PREVOT** est nommée **directrice générale** de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (**Asip santé**)
- **Michèle LENOIR-SALFATI** est reconduite pour trois ans dans ses fonctions de **Directrice générale de l'Agence nationale du Développement professionnel continu (DPC)**
- **Nicolas LABRUNE** est nommé **sous-directeur du financement du système de soins**, en remplacement de Thomas Wanecq
- **Eve PARIER** est nommée **directrice générale du Centre national de Gestion (CNG)**
- **Carine WOLF-THAL** est réélue **Présidente du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens**
- **Patrick BOUET** est réélu **Président du Conseil national de l'Ordre des médecins**

## V – LES RENDEZ-VOUS POLITIQUES ET INSTITUTIONNELS DU CNOSF

### Juin 2019

- **4 juin** : Réunion de travail sur la **révision du Code de déontologie** avec les Conseils interrégionaux et départementaux de l'Ordre des sages-femmes
- **5 juin** : Réunion du **CLIO Santé**
- **5 juin** : Réunion du **comité national de pilotage du dépistage néonatal**
- **5 juin** : Réunion plénière du **Conseil d'orientation** de l'Observatoire national de la Démographie des Professions de Santé (**ONDPS**)
- **7 juin** : **Assemblée générale** du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes
- **12 juin** : Réunion du comité de coordination du **Programme national de lutte contre le tabagisme** (PNLT)
- **25 juin** : Participation au colloque sur la **protection sociale des indépendants et des libéraux** dans le cadre de la **réforme des retraites**
- **26 juin** : Rendez-vous avec **l'AMREF**
- **26 juin** : Réunion de la **Commission scientifique indépendante (CSI) des sages-femmes** à l'Agence nationale du DPC
- **27 juin** : Réunion téléphonique relative à la **Semaine européenne de la Vaccination 2019**

## Juillet 2019

- **2 juillet** : Réunion de travail sur la **révision du Code de déontologie** avec les Conseils interrégionaux et départementaux de l'Ordre des sages-femmes
- **3 juillet** : Réunion du **Comité de suivi du Programme national de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS)**
- **4 juillet** : Réunion ministérielle sur le **Service Public d'Information en Santé (SPIS)** sur les règles applicables en matière d'information concernant les professionnels de santé
- **11 juillet** : Réunion de la Commission nationale des Etudes de Médecine, Maïeutique, Odontologie et Pharmacie (**CNEMMOP**)
- **12 juillet** : Réunion ministérielle sur la **qualité de vie au travail (QVT)**
- **15 juillet** : Réunion de lancement du **Centre National d'Appui des étudiants en santé**
- **16 juillet** : Audition par la **mission d'information sur les menstruations à l'Assemblée nationale**
- **19 juillet** : Réunion de concertation sur l'Engagement maternité avec **Mickaël Benzaqui**, Conseiller Santé au cabinet d'Agnès Buzyn, Ministre des Solidarités et de la Santé